

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

POUR LE

N° 1181

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel FERRERO

né le 25 Décembre 1929 à Malo-les-Bains (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MUOCOLES APPENDICULAIRES
(A propos de 2 cas)

Président : Mr. SICARD, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V

Année 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel FERRERO

né le 25 Décembre 1929 à Malo-les-Bains (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le :



CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MUCOCELES APPENDICULAIRES
(A propos de 2 cas)

Président : Mr. SICARD, Professeur

RECHERCHES SUR LES

THÈSE

Année 1933

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

par

MICHAËL BERNARD

né le 25 Décembre 1909 à Athis-les-Bains (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le 1



CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DES MUCOCÉLLES APPENDICULAIRES
(A propos de 2 cas)

Président : M. RICHARD, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. E. - 1, rue Drouot - PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.) LHERMITTE (F.) FEUIGNOT (M.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAGLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.) AUSSARNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.) LAPRESLE (J.)		
Médecine du travail	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Neuro-chirurgie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

A mes beaux-parents

A ma femme

A mes fils Pascal et Alain

A tous les miens

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0042

A Monsieur le Professeur SICARD.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Monod BROCA

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui nous a donné le sujet de cette thèse.

Toute notre reconnaissance pour nous avoir,
avec beaucoup de patience, initiés à la chi-
rurgie.

Toute notre gratitude pour la compréhension
qu'il nous a toujours témoignée et l'appui
qu'il nous a toujours apporté.

A Monsieur le Professeur COLDEFY

Chirurgien de l'Hôpital St-Anne.

Qui nous a beaucoup appris et nous a ouvert dans son service si particulier et si attachant des horizons nouveaux sur la compréhension du malade.

A Monsieur le Professeur GERMAIN

Qu'il sache que "l'année de Créteil" reste pour nous, tous ses internes un de nos plus beaux souvenirs et une année de grand enrichissement.

A Monsieur le Docteur JEMIEL

Chirurgien urologue de l'Hôpital St-Denis

Qui a consacré de longues heures à nous initier à l'urologie, qu'il veuille bien me considérer comme un élève de cette école d'urologie qu'il a su former et qu'il dirige avec un peu de rigueur et beaucoup de compréhension.

A Monsieur le Professeur VERNE

Qui a bien voulu nous accueillir dans son service comme chef de clinique.
Avec toute notre gratitude.

A nos autres Maîtres d'Internat

Messieurs les Docteurs SELLE

DAVID

OPINEL

BOURDON

GUERIN

LAMARE

A nos Maîtres d'Externat et d'Externat en premier.

Messieurs les Professeurs MONDOR

LEGER

SENEQUE

DE GENNES

Messieurs les Docteur MAMOUEAU

UHRY

Qui nous ont accueilli dans leur service.

HISTORIQUE

Le terme de mucocèle a été introduit dans le langage médical par FERE en 1876.

La mucocèle appendiculaire est une dilatation kystique plus ou moins considérable de l'appendice avec accumulation de mucus dans la lumière.

Cette affection eut des appellations diverses :

- kyste colloïde
- kyste muqueux
- et maladie kystique de l'appendice.

Cette maladie semble en fait avoir été décrite en premier par ROKITANSKY en 1842, VIRCHOW en fit une belle description en 1863.

GENERALITES

Il s'agit d'une affection peu commune dont la fréquence oscille entre 0,1 et 0,3 % des appendicectomies.

- Sur 31.200 appendicectomies, MAYO et FAUSTER en retrouvent 0,24 %.
- WOODRUFF et MAC DONALD en retrouvent une proportion de 0,3 % sur une série de 43.000 appendicectomies.

L'ensemble des cas mondiaux doit atteindre les 700 cas.

Cette affection semble plus fréquente entre 40 et 60 ans, mais elle a pu être observée de 13 à 84 ans, comme dans le cas que nous rapportons.

Elle serait un peu plus fréquente chez la femme.

Cette affection est intéressante à plusieurs titres :

- par sa pathogénie encore mal élucidée,
- par son association possible avec un kyste mucoïde ovarien,
- par sa complication la plus redoutable : sa rupture avec constitution d'une maladie gélatineuse du péritoine ou pseudo-myxome.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 : Monsieur W... P..., âgé de 52 ans.

Malade déjà vu il y a dix-huit mois pour une crise d'appendicite douteuse.
On retrouve une discrète imprégnation éthylique.

Vu le 23-11-56 : il présente depuis 4 jours un nouvel épisode douloureux abdominal :

- douleur de la fosse iliaque droite,
- constipation
- fièvre à 38°
- toucher rectal : douleur localisée à droite.

- La discrétion de la symptomatologie,
- l'âge,
- le terrain
font pratiquer un lavement baryté,

- qui ne révèle pas d'image de sténose colique
- le caecum est bien injecté sans déformation des bords
- un signe déjà noté prendra sa valeur plus tard ; l'appendice n'est pas injecté.

Les dosages sanguins habituellement pratiqués sont normaux.

Le bilan hépatique ne montre pas d'altérations notables de la cellule hépatique.

La numération formule sanguine est sensiblement normale :

G.R. 4.380.000

G.B. 6.600

dont 65 % polynucléaires neutrophyles
à noter 11 % d'éosinophyles.

L'examen cytobactériologique des urines est normal.

L'intervention reculée à deux reprises par le malade pour des motifs personnels est finalement pratiquée le 2 janvier 1957 :

- Incision de MAC BURNLEY
- Enorme appendice rétro-coecal, difficile à extérioriser,
- il existe deux petits kystes muqueux de la taille d'un pois dans le méso-appendiculaire.
- Appendicectomie sans enfouissement avec ligature au lin.

Les suites opératoires sont simples. ..

Examen anatomo-pathologique (Docteur RENAULT)

- Appendice très volumineux, épais de plus de 2 cm., long de 6 cm., de forme oblongue.

- Le tube appendiculaire a une consistance rétinente assez homogène, il paraît extérieurement assez peu enflammé et est tapissé d'une séreuse à peine congestive.

- Le méso contient une petite masse blanchâtre bien limitée de consistance mucilagineuse.

- Le pied de l'appendice échappe à la tuméfaction générale, il n'a pas paru obstrué au cours de sa section chirurgicale, mais sa lumière est certainement très rétrécie et n'a pu être cathétérisée au stylet.

- Après ouverture de l'organe, on a pu se rendre compte que la tuméfaction est due à une accumulation considérable de mucus blanchâtre dans la lumière. Les parois muqueuses sont épaisses, mais sans particularités.

Examen histologique :

- Le mucus intra-appendiculaire se montre parsemé d'innombrables cellules muqueuses de type banal et de quelques amas de minuscules coprolithes. On ne voit ni kystes, ni forme parasitaire.

- La paroi musculaire de l'organe est normale.

- La muqueuse est partout tuméfiée par des infiltrats cellulaires inflammatoires de type banal.

- La lame épithéliale de surface a partiellement desquamé sans transformation métaplasique appréciable.

- Une coupe transversale faite au niveau du pied a montré en ce point une muqueuse normale.

Les conclusions de l'histologiste sont les suivantes :

Mucocèle particulièrement typique avec l'obstruction caractéristique du pied du tube appendiculaire, la petite masse située dans le méso est faite de mucus. On connaît des cas où mucus et cellules muqueuses forcent les limites de l'appendice et se répandent dans la cavité péritonéale, facteur parfois de myxome diffus ; il s'agit peut-être ici d'une forme limitaire heureusement restée localisée de cette complication.

oOo

OBSERVATION N° 2 : Mme Mélanie H..., âgée de 84 ans.

Présente des antécédents chirurgicaux déjà importants :

- le 26-8-60 intervention pour hernie crurale étranglée.
- le 10-9-60 opérée d'un clou plaque pour fracture du col du fémur.

Le 23-11-60, elle se plaint de douleurs mal caractérisées, assez diffuses, thoraciques et abdominales.

La température est à 39°. Quelques vomissements.

L'examen ne retrouve pas de localisation précise, en particulier dans la fosse iliaque droite.

Le 24-11-60, la fièvre est à 38°

ralentissement marqué du transit

on ne note toujours pas de signe de localisation dans la fosse iliaque.

Le 25-11-60, la symptomatologie clinique est différente :

abdomen météorisé

tympanique

sans ondulations péristaltiques

avec contracture nette de la fosse iliaque droite, fièvre à 38°.

Une radio d'abdomen sans préparation ne montre pas de niveaux liquides, mais simplement des nuages d'aéro colie et d'aéroileie..

A la numération formule sanguine :

3.600.000 hématies

16.000 globules blancs

dont 98 % de polynucléaires.

Intervention pratiquée le jour même avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Compte-rendu opératoire :

- incision iliaque droite qui doit être agrandie
- volumineuse tumeur du bas fond caecal et de l'appendice.

- étant donné l'âge de la malade, on se contente d'une résection du bas fond caecal avec appendicectomie.
- suture en un plan inversant au fil de lin,
- fermeture de la paroi en deux plans. Agrafes.

Les suites opératoires sont simples.

Examen anatomopathologique (Docteur ROUJEAU)

- macroscopiquement :

Il s'agit d'une ~~vaste~~ cavité à bordures épaisses, par endroits calcifiées, remplie d'un liquide gélatiniforme translucide avec des plaques jaunâtres plus liquides.

- histologiquement :

de nombreux prélèvements ont été effectués sur cette paroi dont la périphérie est constituée par un tissu conjonctivo-adipeux très inflammatoire, la partie moyenne, par une seule couche musculaire très épaissie, par endroit, réduite à sa plus simple expression en d'autres ; la partie interne est constituée par un tissu de granulation.

Le contenu de cette volumineuse cavité est représenté soit par du mucus : soit par du pus avec de nombreuses formations plus ou moins nécrosées, voire calcifiées.

Au total, mucocèle siège d'un remaniement inflammatoire aigu. A noter cependant que du pus prélevé pendant l'intervention s'est révélé amicrobien, tant à l'examen direct qu'après culture sur les milieux usuels.

ETIOPATHOGENIE DES MUOCOCELES

Il est prouvé que les facteurs essentiels pour le développement d'une mucocèle sont :

- a - l'obturation de l'appendice, le plus souvent à sa base.
- b - la stérilité de son contenu.

L'origine de cette oblitération a donné naissance à plusieurs théories :

1 - L'hypothèse d'OPPENHEIM de l'involution normale de l'appendicite.

Mais si la mucocèle se voit surtout chez les sujets âgés, elle peut aussi se voir chez l'enfant (2 cas décrits : 4 ans et 8 ans).

2 - L'hypothèse de l'oblitération mécanique inflammatoire.

La plupart du temps, la mucocèle serait secondaire à une appendicite antérieure, et l'on retrouve souvent dans les antécédents de ces malades des douleurs de la région appendiculaire.

Les cas les plus spectaculaires sont ceux de mucocèle après drainage d'abcès appendiculaire. Le drainage amenant la stérilisation de l'appendice, le processus cicatriciel entraînant la sténose.

Notons que cette oblitération peut être aussi le fait d'une sclérose par d'autres infections telles que tuberculose ou typhoïde.

3 - L'hypothèse de l'oblitération mécanique pure.

En effet, il est des cas où l'infection ne semble jouer aucun rôle dans le déterminisme de l'oblitération. Celle-ci est alors le fait soit d'un adénocarcinome du caecum, d'un polype, d'une endométriose appendiculaire ou est en rapport avec la présence de parasites. Dans quelques cas, celle-ci peut être due à une coudure, une torsion, une angulation de l'appendice par brièveté de son méso ou par adhérence.

De ces trois hypothèses, il ressort que l'obstruction peut avoir une étiologie variable.

Expérimentalement chez le lapin, on a pu reproduire des mucocèles appendiculaires après ligature de la base de l'appendice.

Intervient alors le deuxième facteur : la stérilité du contenu, on n'obtient le développement de mucocèle qu'après irrigation de l'appendice ligaturé avec du sérum physiologique contenant des sulfamides ou des antibiotiques. Si la lumière appendiculaire n'est pas stérilisée, l'évolution se fait vers l'appendicite avec péritonite mortelle.

Cependant DELARUE, en se basant sur 15 cas de mucocèle, n'a pas retrouvé cette oblitération dans 4 cas et a émis une théorie nerveuse.

4 - Théorie nerveuse de DELARUE.

"Tout se passe comme si l'accumulation de mucus dans l'appendice distendu résultait de deux facteurs associés et simultanés : une hypercristinémie intense des glandes à mucus et une distension extrême de la tunique musculaire d'un segment ou de l'appendice. Or, ces deux facteurs convergents peuvent être réunis sous le chef d'une même action physiologique exagérée : celle d'une incitation particulière de filets nerveux sécrétoires qui ont en même temps une action antagoniste de celle des constricteurs musculaires. La dilatation kystique succède en d'autres termes à des phénomènes d'ordre paralytique".

Sur le plan pratique, il semble que l'on puisse distinguer deux types de mucocèle :

1 - Les mucocèles simples qui seraient dues à une oblitération de l'appendice avec accumulation simple du mucus dans la lumière appendiculaire.

2 - des mucocèles dues à une hypersécrétion de mucus par une muqueuse hyperplasique et papillaire déjà de type adénomateux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement :

- il peut s'agir de mucocèle totale atteignant l'appendice dans son ensemble,
- ou de forme partielle où la dilatation dans la majorité des cas est distale ;
- il est aussi des mucocèles caeco-appendiculaires, comme le cas que nous rapportons.

Taille

- quelquefois peu différente d'un appendice normal
- parfois grosseur d'une tête d'adulte,
- la forme moyenne étant représentée par une dilatation de 3 à 4 cm. de diamètre et de 10 à 12 cm. de long.

Parois

- exceptionnellement calcifiées
- quelquefois la mucocèle présente quelques formations diverticulaires ;
- la paroi peut être épaisse,
ou réduite à une mince membrane transparente
ou présenter une alternance de ces deux modifications.

Contenu

- gélatineux blanc jaunâtre
- presque toujours stérile
- il s'agirait d'une pseudo-mucine que l'on peut identifier par les tests de réduction et les colorants à la mucicarmin.

Microscopiquement :

WOODRUFF et MAC DONALD ont étudié les 146 cas de la Mayo Clinique et décrivent deux variétés histologiques principales :

a - Les mucocèles simples

avec muqueuse riche en cellules à mucus ou aplatie et dénuée de cellules bordantes, le degré de tension intra-kystique réglant l'aspect de la muqueuse.

b - Les mucocèles

avec disposition papillaire de la muqueuse, et gros noyaux hyperchromatiques.

Ils les interprètent comme des adénocarcinomes du premier degré qui seraient responsables par essaimage des pseudo-myxomes péritonéaux à évolution maligne.

SYMPTOMATOLOGIE DES MUCOCÈLES

Wesser et Edelman sur une étude de 19 cas distinguent 4 groupes de symptomatologie différente :

- Dans le premier groupe qui comprenait 9 cas les symptômes sont ceux d'une appendicite.

- Dans le second groupe qui comprenait 6 cas, il s'agit de troubles chroniques de symptomatologie très variée tels que :

- douleurs épigastriques
- diarrhée
- constipation.

- Dans le troisième groupe qui comprenait 3 cas la mucocèle était asymptomatique, mais avec perception dans 2 cas d'une tumeur de la fosse iliaque droite.

- Dans le quatrième groupe (1 cas) la mucocèle a été découverte au stade compliqué de pseudomyxome abdominal.

De l'étude des cas de Wesser et Edelman et d'autres publications, il résulte que l'on peut décrire :

1 - LA FORME A TYPE D'APPENDICITE AIGUE OU SUBAIGUE

La symptomatologie allant de la crise appendiculaire franche à celle de la péritonite par perforation.

2 - LES FORMES A TYPE D'APPENDICITE CHRONIQUE

Ce sont les formes les plus nombreuses avec troubles discrets du transit, sensibilité de la F.I.D.

3 - FORMES TUMORALES

Que l'on distingue un peu artificiellement. Leur symptomatologie clinique pouvant être :

- soit absente
- soit revêtir un des deux aspects précédents.

Cette tumeur peut être à taille variable, fixe ou mobile ; douloureuse, sensible ou indolente.

Elle va faire discuter l'étiologie d'une tumeur de la F.I.D.

4 - FORMES ASYMPTOMATIQUES

Découvertes au cours d'autopsie ou d'interventions pour autre affection.

5 - FORMES COMPLIQUEES

C'est alors dans sa forme majeure le tableau d'un pseudo-myxome péritonéal.

6 - FORME ASSOCIEE.

Très intéressante est l'association avec un kyste de l'ovaire.

Association qui semble se retrouver avec une certaine fréquence.

- Pour Novak il s'agirait de lésions indépendantes,
- Pour Koener, le kyste muqueux de l'ovaire serait toujours secondaire à une mucocèle appendiculaire peut être après rupture.

- Cependant dans la majorité des cas la description des caractéristiques histologiques des kystes de l'ovaire mucoïdes est différente de celle de la mucocèle appendiculaire.

A noter que dans un cas il s'agissait d'une mucocèle avec adénocarcinome de la base de l'appendice. Résection, exploration abdominale négative.

Guérison clinique apparente - 7 mois après : découverte de 2 métastases de carcinome muqueux sur les ovaires.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Il faut encore souligner l'absence de signes caractéristiques de la mucocèle.

Radiologiquement l'image typique est l'absence d'imprégnation de l'appendice avec image de refoulement du caecum. Cet aspect radiologique est néanmoins bien rare, le lavement baryté n'étant pas systématiquement pratiqué. Dans un très beau cas de Gilbrin - René - Hernandez, la mucocèle appendiculaire donnait une image de balle de ping-pong se projetant sur le bas-fond caecal.

Certains auteurs ont discuté de l'opportunité d'une coelioscopie qui pourrait apporter le diagnostic avant l'intervention. En fait le Diagnostic de mucocèle est un diagnostic opératoire.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

C'est essentiellement celui d'une tumeur de la fosse iliaque droite.

Outre les tumeurs de la paroi abdominale, il faut surtout discuter :

- le plastron appendiculaire
- la tuberculose iléo-caecale
- les tumeurs du colon droit
- les tumeurs de l'appendice.

Tous diagnostics qui nécessiteront une exploration opératoire.

COMPLICATIONS

I - LA RUPTURE

avec formation de la maladie gélatineuse du péritoine ou pseudomyxome péritonéal.

C'est la complication majeure qui ne se voit, rappelons-le, qu'après rupture de mucocèle appendiculaire, de kyste mucoïde de l'ovaire, et des entérokystomes et kystes développés au dépens du canal omphalo mésentérique.

Il s'agit de masse de colloïde dont la substance est la même que dans la mucocèle.

Celles-ci restent :

- soit localisées près de l'appendice et nous avons vu dans un de nos cas une petite localisation sur le méso-appendiculaire,
- ou étendues à toute la cavité péritonéale.

- SYMPTOMATOLOGIE

- Quelquefois asymptomatique,
- plus souvent le pseudomyxome se présente comme une tumeur abdominale avec augmentation progressive du volume de l'abdomen et quelques troubles du transit.

- EVOLUTION

se fait :

- soit vers la disparition
- soit vers la limitation

- soit vers la diffusion multiple encapsulée par des adhérences,
- soit vers la dissémination avec englobage des viscères du mésentère à l'origine d'occlusion et d'évolution mortelle.

Schématiquement on peut décrire 2 types d'évolution :

- évolution bénigne
- évolution maligne.

L'évolution bénigne

serait consécutive à une rupture de mucocèle simple.

Forme maligne

serait consécutive à l'implantation sur le péritoine de cellules provenant des mucocèles à formation papillomateuse, des carcinoïdes, des adénocarcinomes, toutes tumeurs à potentiel malin.

II - AUTRES COMPLICATIONS

On a cité quelques cas :

- de volvulus,
- d'étranglement dans un sac herniaire
- d'occlusion intestinale par compression ou par invagination.

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Le traitement de la mucocèle est donc strictement chirurgical. Il se résume le plus souvent en une appendicectomie plus ou moins facile. Les difficultés peuvent être dues, soit à des adhérences, soit à une invagination, soit au volume même de la tumeur.

Cette appendicectomie doit parfois être complétée par une exérèse du bas fond caecal. La reconnaissance de la nature exacte de la lésion lors de l'intervention peut conduire à une hémi-colectomie droite, d'ailleurs très justifiée s'il s'agit de mucocèle avec muqueuse de type adéno-carcinomateux.

L'intervention sera de toute façon suivie d'une révision complète de l'abdomen et du petit bassin à la recherche de masses colloïdales. Les ovaires seront systématiquement examinés.

En cas de pseudomyxome du péritoine, toujours explorer l'appendice au même titre que l'ovaire.

La tactique opératoire sera guidée par la localisation des lésions et leur importance.

L'examen histologique sera systématique pour essayer de préciser l'évolution possible ; se posera alors le problème d'un traitement radiothérapique de complément.

CONCLUSIONS

A l'occasion des deux observations il nous a paru intéressant de reprendre l'étude des mucocèles appendiculaires.

Sa pathogénie a été discutée ; on a insisté sur les difficultés de son diagnostic en raison de la symptomatologie qui n'a rien de caractéristique. La mucocèle fait discuter en effet toutes les affections de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic n'est pratiquement jamais posé avant l'opération. La mucocèle appendiculaire exige une vérification scrupuleuse du petit bassin, et même de toute la cavité péri-buccale étant donné sa complication majeure : le Pseudo-myxome PERITONEAL, sans oublier la possibilité de kyste mucoïde de l'ovaire qui peut lui être associé, que ce soit une lésion primitive ou peut-être secondaire.

Le traitement en est simple c'est l'appendicectomie seules certaines volumineuses mucocèles peuvent être d'exérèse difficile, notons que si la mucocèle déborde sur le bas-fond caecal on peut être amené comme dans un de nos cas à une exérèse colique associée : Excision du bas-fond caecal, voire Hémi-colectomie droite.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur SICARD

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. CORDIER

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

MUCOCÈLE APPENDICULAIRE

ADAME M.D. -

Carcinoïde appendicular. - Rev. clin. ~~span.~~, 30 juin 1951, 41, n° 6, 404-411, 9 fig. (Bibliogr.) (résumé français).

ADELMAN B.P. et TEPLICK J.G. -

L'invagination du mucocèle appendiculaire.
Am. J. Roentgenol., juin 1955, 73, n° 6, 966-970 (Bibliogr.).

AIMES A., BORIES-AZEAU A., MIMRAN R. et TAILLADE J. -

Evolution d'une mucocèle appendiculaire : suite d'observation. -
Montpellier chir., 1958, n° 15, 39-41.

ANDRES C. -

I cancroïdi dell'appendice cecale.
Arch. ital. Chir., 1954, 78, n° 5, 432-440 (Bibliogr.).

BEARD D.D. -

Invagination d'un mucocèle de l'appendice. -
Med. J. Australia, 8 janv. 1955, 1, n° 2, 43-44 (Bibliogr.).

BLEIRARD J.H. -

Sur un cas de mucocèle et de carcinoïde de l'appendice associés
avec un pseudomyxome péritonéal diffus.
Thèse Paris, 1947, n° 642, 88 pages.

DARAIGNEZ J. et DARAIGNEZ P. et J. -

A propos de 3 cas de mucocèle de l'appendice. -
Bordeaux chir., oct. 1955, n° 4, 205-208 (Bibliogr.)

DELARUE J. et JOUANNEAU P. -

Sur le mode de formation de la mucocèle de l'appendice et du pseudomyxome péritonéal. Sem. Hôp. Paris, déc. 1942, n° 12, 323-327, 3 fig.

DEMIRLEAU M. -

Volumineux appendice kystique diverticulaire à contenu colloïde et mucoïde.

Algérie. Chir., fév. 1942, 121-123. 1 fig. (Bibliogr.)

DUARTE E., CARDOSO FONTES M. -

Mucocèle de l'appendice iléo-coecal avec mixoglobulose.

Rev. Brasil. Cir., oct. 1957, 34, n° 4, 349-352, 7 fig. (résumé français).

EDLUNG Y. -

La mucocèle de l'appendice et le pseudomyxome péritonéal.

Acta chir. scand., 30 déc. 1950, 100, n° 6, 626-636, 2 fig. (Bibliogr.)

ELLIOT C.E. -

Deux cas de pseudomyxome péritonéal du mucocèle de l'appendice.

Brit. J. Surg., juil. 1957, 45, n° 189, 15-18, 1 fig. (Bibliogr.)

ELSON M.W. -

Invagination coecale due à une mucocèle de l'appendice.

Radiology, juil. 1958, 71, n° 1, 90-92 (Bibliogr.)

ENDRESS H. -

Une mucocèle de l'appendice avec tous les symptômes d'une tumeur du coecum. Mukozele der Appendix mit den symptomen eines Zökum-

tumors. - Zbl. Chir., 1953, 78, n° 34, 1453-1456, 2 fig. (Bibliogr.)

EPSTEIN H.J., MENDELL Th. H. et CONSTON A.S. -

Primary adenocarcinoma of the appendix.

Am. J. Dig. Dis., sept. 1953, 20, n° 9, 284-286, 3 fig. (Bibliogr.)

FILHO A.P. -

Mucocèle de l'appendice et pseudomyxome péritonéal. -

Rev. brasil. Cir., av. 1956, 31, n° 4, 521-523 (Bibliogr.)

FRANZ G. -

Als adnextumor imponierende mukozele des urimfortsatzes infolge karsinoide der appendixbasio. - Zbl. Gyn., 1954, 76, n° 16 623-629, 6 fig. (Bibliogr.)

FRIEDLAENDER E. -

Le pseudomyxome du péritoine : relation de 5 cas ayant nécessité 8 interventions et d'un cas de mucocèle non perforée géante de l'appendice. - J. Internat. Coll. Surgeons, juil. 1960., 34, n° 1 (1), 1-6 (résumé français).

GENTILLE J.M. et BORENSTEIN G.I. -

Mucocèle appendiculaire.

Semana med. 24 sept. 1959, 76, n° 13, 508-510, 5 fig.

GENS A.R. et GANDUGLIA Z. -

Mucocèle appendiculaire et pseudo-myxome

PRENSA MED. ARGENT. 16-6-61, 48, n° 24

GERBER A., MACKLES A. et RAAB A.P. -

Adénocancer primaire de l'appendice - Primary adenocarcinoma of appendix. - New England J. Med., 25 mars 1954, 250, n° 12, 505-506 (Bibliogr.).

GILBRIN, RENS, HERNANDEZ, -

Mucocèle appendiculaire.

Presse Méd. 26-1-63, 71, n° 4, 77.

HENRY MOUTIER OSKANIAN - Journal de Chirurgie, 1962, 83, n° 3

HUGHES J.H. -

Adenocarcinoma of the appendix. - Brit. J. Surg., nov. 1951, 39, n° 155, 282-284, 5 fig. (Bibliogr.).

HYMAN R.M. -

Appendiceal tumors. -

Am. J. Surg., av. 1950, 79, n° 4, 569-572 (Bibliogr.).

IGLESIAS A.G. -

Mucocèle de l'appendice. -

Prensa méd. argent., 27 janv. 1956, 43, n° 4, 345-352 (Bibliogr.).

IRMSCHER G.W. et OBENOUR S.W. -

Mucocèle de l'appendice simulant un abcès récidivant de l'aîne droite.

Am. J. Surg., nov. 1958, 96, n° 5, 716-717 (Bibliogr.).

MM. R. JOYEUX et P. CARABALONA. -

Sur la prétendue bénignité des mucocèles de l'appendice - Montpellier chir., 1955, n° 9, 272-273.

KAPLAN S. et RADICE J.C. -

Adenocancer appendicular. -

Prensa med. argent, 10 août 1951, 38, n° 32, 2021-2023, 10 micro-graph. (Bibliogr.).

KNEPPER P.A., RIDDELL R.V. et CARPENTIER G.T. -

Adenocarcinoma of the appendix.

Arch. Surg. av. 1954, 68, n° 4, 519-524.

LE BRUN H.I. -

Adenocarcinoma of the appendix. -

J. Internat. Coll. Surg., oct. 1953, 20, n° 4, 481-484.

LITMAN S. -

Des épithéliomas de l'appendice. Adénocarcinome et carcinoïde.
Thèse Paris, 1939, n° 612, 47 pages.

LOPEZ FIGUEROA R.A. et MARINO E. -

Mucocèle appendiculaire.

Prensa méd. argent., 25 janv. 1957, 44, n° 4, 249-256, 8 fig.
(Bibliogr.).

MAGENDIE et KOLENC. -

Sur un cas de mucocèle de l'appendice. -

J. Méd. Bordeaux, av. 1954, 131, n° 4, 389.

MAGENDIE, BOURSIER et LAMARCHE. -

A propos d'un deuxième cas de mucocèle de l'appendice.
Bordeaux Chir., janv. 1955, n° 1, 31-32.

MALEYSSON Cl. -

Maladie gélatineuse du péritoine (coexistence de kyste mucoïde
de l'ovaire et de mucocèle appendiculaire.

Thèse Paris, 1956, n° 546, 53 pages.

MARKS E.S. et WHITAKER H.W. Jr. -

Primary adenocarcinoma of the appendix.

Surgery, mai 1950, 27, n° 5, 720-725 (Bibliogr.)

MARSHAK R.H. et GERSON A. -

Notes radiographiques : la mucocèle de l'appendice -

Am. J. Dig. Dis., janv. 1960, 5, n° 1, 49-54, 3 fig. (Bibliogr.)

MUTILVA A.L. et GABANO F. -

Carcinoïde appendiculaire. -

Sem. med., 5 fév. 1942, 49, n° 6, 273-275, 2 fig.

NARDELL S.G. -

Adenocarcinoma of the appendix. -

Brit. J. Surg., sept. 1953, 41, n° 166, 136-141, 7 fig. (Bibliogr.)

NICHOLAS C. -

Carcinoïds tumors of the appendix. - Practitioner, mars 1948,
160, n° 957, 235-236 (Bibliogr.)

NORBERG P.B. et SAMENIUS B. -

La mucocèle de l'appendice : diagnostic par la méthode du double contraste.

Acta chir. scand., 1958, 115, n° 4, 306-311, 6 fig. (Bibliogr.)

NORMAN A., LEYDER S., et del CARMAN J. -

Mucocèle de l'appendice.

Am. J. Roentgenol., av. 1957, 77, n° 4, 647-650, 4 fig. (Bibliogr.)

PAPAYOANNOU J.B. -

Contribution à l'étude des mucocèles appendiculaires.

Thèse Paris, 1955, n° 100, 47 pages.

RITTER S.A. et HAAS A. -

Mucocèle de l'appendice associé à une inflammation suppurée aiguë.

Am. J. Gastroenterol., fév. 1955, 23, n° 2 124-128, 2 fig. (Bibliogr.).

RYAN R.F., BEAHRS O.H., WOOLNER L.B. et BARTHOLOMEW L.G. -

La mucocèle malin de l'appendice. Relation de 3 cas. -

Surg. Clin. North. Amer., août 1957, 1029-1035, 1 fig. (Bibliogr.)

SENEQUE et ROUX -

Les appendicites à forme tumorale.

Arch. Med. Ap. digestif Mai-Juin 1944, 33, n° 5-6

SIFFRE, COLLON et REMIGNON. -

Un cas de mucocèle appendiculaire à forme tumorale.

Lyon Chir., nov. 1960, 56, n° 6, 922-924.

Francis X. TIMONEY. -

Rupture de la mucocèle de l'appendice et pseudomyxome du péritoine

Am. J. Surg., juin 1944, 64, n° 3, 417-419, 4 fig. (Bibliogr.)

SILLERY R.J. -

Primary carcinoma of appendix. Report of 2 cases.

J. Am. Med. Ass., 27 oct. 1951, 147, n° 9, 854-856, 4 fig. (Bibliogr.).

TANNHAUSER S. -

Adenoma and adenocarcinoma of the appendix.

New York State J. Med., 15 nov. 1953, 53, n° 22, 2656-2660, 3 fkg. (Bibliogr.)

TORTEROLA T.R. et LADOUX J.E. -

Appendicite aiguë. Mucocèle appendiculaire
Pseudomyxome du péritoine. Prensa méd. argent., 1er mars 1957 :
44, n° 9, 648-650, 4 fig. (Bibliogr.)

UNGER H.M. et PARADNY R. -

Rupture de mucocèle, de l'appendice avec pseudomyxome du péritoine, simulant une hernie inguinale symptomatique.
Ann. Surg., fév. 1956, 143, n° 2, 280-283 (Bibliogr.)

VADRA J.E., AVANZI J.J., RADICE J.C. et SEVERINO D. -

Mucocèle appendiculaire. Semana méd., 25 sept. 1958, 65, n° 3385, 592-598, 614 (Bibliogr.)

WEISS G.N. et HERTZOG A.J. -

Carcinoid tumors of appendix, review of 26 cases. - Surgery, oct. 1951, 30, n° 4, 657-660, 1 tabl. (Bibliogr.)

WENGEN H.C. -

Beitrag zur kenntnis der appendix carcinoïde. - Kl. Wschr., 29 mars 1941, 20, n° 13, 316-320, 3 graphiques.

WESSER D.R. et EDELMAN S. -

Notre expérience des mucocèles de l'appendice.
Ann. Surg., fév. 1961, 153, n° 2, 272-276 (Bibliogr.)

WOLF B.S. -

Note radiologique : mucocèle de l'appendice. -
J. Mount Sinai Hosp., mars-av. 1959, 26, n° 2, 199.

WOLF B.S. -

Note radiologique : mucocèle de l'appendice, cause d'invagination.
J. Mount Sinai Hosp., mars-av. 1959, 26, n° 2, 202, 3 fig.

WOODRUFF R. et Mc. DONALD J.R. -

Benign and malignant cystic tumors of the appendix.
Surg. Gyn. Obst., déc. 1940, 71, n° 6, 750-755, 9 fig. (Bibliogr.)

ZIEGLER H. -

Les mucocèles de l'appendice. - Langenbecks Arch. klin. Chir. 1956, 288, n° 5, 439-442 (Bibliogr.)

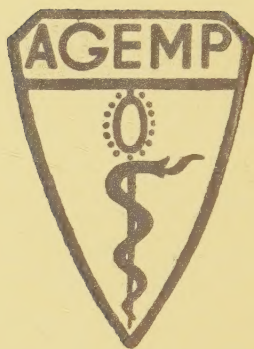
ZUCKERMANN C. et SALVARELLI J.M. -

Epithélioma de l'appendice. Un nouveau cas de "carcinoïde".
Concours méd., 11 nov. 1950, 72, n° 4 5 3427-3432 (Bibliogr.)

ZUCKERT D. -

Mucocèle et myxoglobulose de l'appendice vermiculaire. -
Zbl. Chir., 24 sept. 1960, n° 39, 1944-1947, 5 fig. (Bibliogr.)

oOo



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante

PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-96